Die Formen der Gewährung zahnärztlicher Hilfe bei Krankenkassen

---

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der

Doktorwürde der Zahnheilkunde

an der

Friedrich-Wilhelms-Universität

zu Berlin

von

Alexander Drucker

Zahnarzt in Berlin

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

vorgelegt am 15. Juli 1920

Dekan: Geh.. Med.-Rat Prof. Dr. Rubner.
Referent: Prof. Dr. Grotjahn.

Geschichtliches.

Das Bestreben, die durch Erkrankung eintretenden wirtschaftlichen Schäden auf Grund gegenseitigen Zusammenschlusses abzuwenden oder doch zu mildern, ist so alt, wie die Ausübung produktiver Tätigkeit ganzer Personengruppen überhaupt. Die staatliche Fürsorge durch zwangsweise Versicherung der Arbeiter auf öffentlich-rechtlicher Grundlage ist dagegen neu; in dieser Richtung ging Deutschland allen Staaten der Welt voran.

An Hand unserer Kenntnis über die Entwicklung des Fürsorgewesens und der sozialpolitischen Gesetzgebung ist folgendes zu erwähnen:

Die ältesten Institutionen dieser Art dürften in Deutschland die Knappschaftskassen sein, die eine jahrhundertelange Geschichte haben. Es werden schon in der sogenannten Kuttenberger Bergordnung vom Jahre 1300 Knappschaftsvereine genannt. Die Knappschaftskassen oder Bruderladen, auch Groschenkassen genannt, umfaßten die Bergleute ihres Bezirks und gewährten ihnen Unterstützungen in Fällen der Erwerbsunfähigkeit. Zu verdanken hatten diese Kassen ihre Blüte der Zwangsmitgliedschaft der Knappschaft, die zu wöchentlichen Beiträgen an die Bruderlade verpflichtet war und ferner der Tatsache, daß den Bergwerksbesitzern meist eine Beitragspflicht auferlegt wurde. Sie hatten den verunglückten Bergleuten auf 4—8 Wochen den Lohn fortzuzahlen und Aerztegeld zu entrichten.

Im Handwerkerstand haben sich dagegen die Verhältnisse in ganz anderer Weise entwickelt. Die Arbeitsverhältnisse gaben dort bis zum 15. Jahrhundert wenig Anlaß zu Klagen. Die Gesellen waren nur in geringer Zahl vorhanden; sie gehörten zum Hause und zur Familie des Meisters. Es gab in der Regel keinen Gesellenstand, der sich lebenslänglich in fremden Diensten befunden hätte. Nach der Lehrlingszeit folgte in der Blütezeit des Zunftwesens die Tätigkeit und Wanderschaft als Geselle, beide gedacht als Uebergang zur Meisterschaft. Erst mit dem absterbenden Zunftwesen seit dem 16. Jahrhundert wurde es den Gesellen vielfach schwer gemacht, Meister zu werden, und sie mußten nicht selten ihr Leben lang in der Stellung eines unselbständigen Handwerkers bleiben, wodurch eine besondere Lohnarbeiterklasse der Gesellen entstand. Die Gesellen fühlten sich als ein besonderer sozialer und wirtschaftlicher Stand auch gegenüber den Meistern. Wenn auch Interessengegensätze zwischen diesen und den Gehilfen vorhanden waren, so spitzten sie sich doch nicht wie später zu dem Gegensatze von Kapital und Arbeit zu. Immerhin blieb ein Abhängigkeitsverhältnis zwischen Gesellen und Meistern während der ganzen Dauer des Zunftwesens und auch nach der Handwerkerreform des 18. Jahrhunderts bestehen. Die Zulassung zum Gewerbebetrieb war abhängig von der Mitgliedschaft in einer Handwerkerzunft, und dieser Zunft war der Geselle untergeben. Dieses Verhältnis endete erst mit der Einführung der Gewerbefreiheit, die in Preußen 1810 ge-

schaffen wurde. Es bestand nunmehr ein freies Vertragsverhältnis gleichberechtigter Personen. Für die Fälle der durch Krankheit und sonstige Ursachen eintretenden Not hatten auch für die Handwerker seit Jahrhunderten die sogenannten Gesellenladen bestanden. Diese blieben auch jetzt noch für kurze Zeit, aber ausschließlich für den Innungsmeister, nicht für die Gesellen, bestehen. In den Fällen der Krankheit, des Unfalls und der Invalidität fehlte den letzteren nunmehr die stützende Macht der eigenen Organisation oder der Zunft, so daß vielfach die Armenpflege die einzige Rettung war.

Mit der Zeit der politischen Befreiung zog gleichzeitig eine Epoche wirtschaftlicher Umwälzungen herauf, die die gewerbliche Arbeiterfrage zeitigte. Die Erfindungen und insbesondere die Maschinen bewirkten eine vollständige Revolution der ganzen gewerblichen Produktionsweise. Der Fabrik- und Großbetrieb drängte die gewerbliche Arbeit im Handwerk zurück und verschlechterte die Lage des selbständigen Handwerkers. Die Zahl der unabhängigen Gewerbetreibenden minderte sich zusehends, während für die noch nicht Selbständigen die Aussicht, selbständig zu werden, immer geringer wurde. Es bildete sich hierbei mit Naturnotwendigkeit ein Interessengegensatz zwischen dem gewerblichen Unternehmer und dem Arbeiter heraus. Letzterer hatte niemanden, der ihm in der Not beigestanden hätte, während gerade das Maschinenzeitalter Krankheiten, Unfälle und Erwerbslosigkeit infolge Invalidität verursachte. Als Folge des fabrikmäßigen Betriebes ergab sich eine Steigerung der Arbeitsleistung, wodurch die Löhne herabgedrückt wurden, zumal der Abfluß der landwirtschaftlichen Bevölkerung in die Industriegegenden ein Massenangebot von Arbeitskräften herbeiführte. Ferner waren die Betriebseinrichtungen vielfach lebensgefährlich und gesundheitsschädlich, so daß der Arbeiter nicht nur auf seine Arbeitskraft meist ohne Hoffnung auf Selbständigkeit angewiesen war, sondern auch durch die neue Betriebsweise in erheblicherem Maße als früher Gefahren für Leib und Leben ausgesetzt war. Den auf Abhilfe in diesen Verhältnissen gerichteten Bestrebungen konnte sich der Staat auf die Dauer nicht verschließen, und so entstand diejenige Gesetzgebung, die zwangsweise die Arbeiterversicherung einführte. Als erstes Ergebnis der deutschen Arbeiterversicherungsgesetzgebung ist das Krankenversicherungsgesetz vom 15. Juni 1883 anzusehen.

Juristisches.

In diesem Gesetz ist wohl von der ärztlichen Versorgung der Versicherten die Rede, nicht aber von der zahnärztlichen. Deshalb wandte sich im November 1894

eine Organisation der Zahnärzte an den Oberpräsidenten der Provinz Brandenburg mit folgender Frage:

„Ist unter der freien ärztlichen Behandlung durch die Krankenkassen auch die zahnärztliche zu verstehen?"

Am 15. Dezember 1894 antwortet die Gewerbedeputation, der der Oberpräsident die Anfrage zur Bescheidung weitergegeben hatte:

„Die Kassen haben nicht, wie die anliegende Eingabe annimmt, die Verpflichtung, ihren Mitgliedern freie zahnärztliche Behandlung zu gewähren, sondern nur die Verpflichtung zur Gewährung einer freien ärztlichen Behandlung auch bei Zahnkrankheiten. In diesem Sinne mußten wir die Frage verneinen. Unter der als gesetzlichen Mindestleistung vorgeschriebenen freien ärztlichen Behandlung ist nicht auch freie zahnärztliche Behandlung, d. h. Behandlung durch einen Zahnarzt zu verstehen."

Ueber die Anschauungen, die in jener Zeit bei vielen Kassen herrschten, bekommt man ein Bild, wenn man die Anweisung des „Allgemeinen Knappschaftsvereins zu Bochum" an die Aerzte liest. Falls in besonderen Fällen seitens der Mediziner die Zuziehung eines Zahnarztes für erforderlich gehalten wird, so ist in jedem Falle die Genehmigung des Knappschaftsvorstandes einzuholen, und zwar in jedem einzelnen Falle. Zu den besonderen Fällen rechnet der Kassenvorstand das Ausziehen eines Zahnes oder einer Wurzel, das Abtöten eines Zahnnerven, das Ausfüllen einer Höhle mit plastischem Material usw.

Im Jahre 1897 erläßt die „Ortskrankenkasse für das Buchdruckgewerbe zu Berlin" folgende Bekanntmachung:

Behufs Durchführung des Beschlusses der letzten Generalversammlung hat der Vorstand den prakt. Arzt Dr. G. damit betraut, die sich aus Gesundheitsrücksichten ergebende Notwendigkeit von Zahnplomben festzustellen.

In dieser Zeit sind eine Anzahl von Gerichtsentscheidungen ergangen, die immer um den Kernpunkt der Angelegenheit herumgingen, ob Karies eine Krankheit im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes sei.

Eine ähnliche Klage beschäftigte 1898 das Kgl. Amtsgericht I, Abteilung II zu Berlin. Es wandte sich an den damaligen Direktor des Zahnärztlichen Universitätsinstitutes, Prof. Dr. Busch, um ein Obergutachten. Mit Rücksicht auf die große Bedeutung, die jenes Gutachten für die Bedeutung der Zahnheilkunde im Krankenkassenwesen erlangt hat, lasse ich dasselbe folgen. Es lautet:

„Dem Kgl. Amtsgericht I, Abteilung II, erstatte ich in der Sache Ortskrankenkasse c/a Konsentius das gewünschte Gutachten über die Frage, ob das Plombieren erkrankter Zähne zu den ärztlichen Hilfeleistungen, welche zur Erhaltung der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der Kassenmitglieder notwendig sind, gehört. Ich

kann mich in dieser Beziehung den Ansichten, welche Herr Dr. Reinsdorf auf Blatt 16 und 17 in seinem Gutachten ausgeführt hat, nicht anschließen, welche dahin deuten, daß das Plombieren der Zähne nur dann erforderlich sei, wenn zu befürchten steht, daß zu wenige Zähne im Ober- und Unterkiefer stehen bleiben als zur Zerkleinerung der Speisen unbedingt notwendig sind. Das Plombieren der Zähne ist vielmehr ein Verfahren, welches nicht nur die erkrankten Zähne selbst vor der fortschreitenden Verderbnis schützt, sondern welches auch die anderen bis dahin noch gesunden Zähne davor schützt, von der Verderbnis ergriffen zu werden. Es ist ferner eine bekannte Tatsache, daß von kariösen Zähnen aus häufig die Entzündung auf die betreffenden Nachbarorgane übergreift und dadurch schwere allgemeine Krankheitszustände hervorruft. Diesen schweren Folgezuständen kann dadurch vorgebeugt werden, daß die kariösen Zähne rechtzeitig plombiert werden. Ich muß mich dahin aussprechen, daß das Plombieren erkrankter Zähne zu den ärztlichen Hilfeleistungen gehört, welche nicht nur zur Erhaltung der Gesundheit einzelner Zähne selbst, sondern auch zur Erhaltung der Gesundheit der Kassenmitglieder notwendig sind."

Auf Grund dieses Gutachtens kamen die Richter zu folgendem Urteil:

„Karies ist eine Krankheit, die sowohl selbst die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit schädigen als auch durch ihre Folgezustände schwere allgemeine Krankheitserscheinungen hervorrufen kann. Die Heilung dieser Erkrankung, das Plombieren, ist ein Teil der ärztlichen Behandlung, die der Arzt als Sachverständiger dem Kranken gewährt, kein Heilmittel. Durch das Plombieren kann dem Umsichgreifen der Karies wie den sich anschließenden schweren Folgezuständen ein Ziel gesetzt werden. Zur Heilung von Zahnkrankheiten sind Aerzte approbiert, die sich regelmäßig mit der Heilung von Zahnkrankheiten befassen, und daher haben die Krankenkassen Füllungen zu gewähren."

Im Anschluß an dieses Urteil versuchten Krankenkassen aus Furcht vor den wirtschaftlichen Folgen dieses Gerichtsurteils durch einen Ausweg sich von der zahnärztlichen Versorgung der Mitglieder freizumachen. Sie lehnten bei Mitgliedern der Kasse, die noch nicht lange der Kasse angehörten, den Anspruch auf Füllungen ab, weil die Karies bereits vor Eintritt des Mitgliedes in die Krankenkasse entstanden war. Daher sei es keine Leistung, die die Kasse zu erfüllen habe. Der Versuch der Kasse, sich von gewissen zahnärztlichen Leistungen auf diese Weise freizumachen, mißlang, da die Richter den Einwand der Kasse nicht gelten ließen. Die leidige Zersplitterung der Krankenkassen macht das Vorgehen der Kassen begreiflich und nichts wäre im Interesse der zahnärztlichen Versorgung der Versicherten wünschenswerter als eine starke Zentralisation der Kassen.

Wäre eine klare rechtliche Grundlage im Krankenversicherungsgesetz zum Ausdruck gekommen, so wäre für die Volksgesundheit viel getan gewesen. Dies ist aber

nicht geschehen. Im Krankenkassengesetz ist in den betreffenden Paragraphen nur von ärztlicher Behandlung oder von Aerzten die Rede, an keiner Stelle aber von Zahnärzten. Neben den Worten Aerzte und ärztlich mußte in Parenthese Zahnärzte resp. zahnärztlich stehen, wie im § 29 und § 147, Abs. 3, der Gewerbeordnung. In einzelnen Kassen hatten diese Prozesse zur Folge, daß für die zahnärztliche Versorgung der Kassenmitglieder mehr geschah. Hierdurch kamen Volkskreise in zahnärztliche Behandlung, denen sonst Zahnpflege und Zahnhygiene unbekannte Begriffe waren. Dies ist um so erfreulicher, als gerade die Krankenkassen, die die Volksgesundheit zu fördern berufen sind, zur Bekämpfung der Karies geeignet sind, einer Krankheit, unter der 95% der Menschen leiden und die ungeheuer viel Schmerzen und krankhafte Störungen im menschlichen Körper und seinen Organen hervorruft.

Hatten die Zahnärzte geglaubt, jetzt die ganze zahnärztliche Versorgung der Krankenkassen in ihre Hand zu bekommen, so machte der Gesetzgeber einen Strich durch diese Rechnung. Die Kreise der Nichtapprobierten drängten sich an die Krankenkassenvorstände heran und veranlaßten sie, auch ihnen die Zahnbehandlung der Versicherten zu übertragen. Auf eine Beschwerde der Zahnärzte an den Minister für Handel und Gewerbe über die Tätigkeit von Zahntechnikern im Kassenwesen kam folgender Bescheid:

Potsdam, den 2. März 1900.

Der Oberpräsident der Provinz Brandenburg.

Der Herr Minister für Handel und Gewerbe hat dahin entschieden, daß die Krankenkassen auch bei Zahnkrankheiten verpflichtet sind, die Heilbehandlung der Mitglieder durch approbierte Zahnärzte vornehmen zu lassen. Eine Ausnahme ist nur dann zulässig, wenn das erkrankte Mitglied sich mit der Behandlung durch einen Zahntechniker einverstanden erklärt. Die dortigen Ortskrankenkassen werden von dem Magistrat angewiesen werden, nur solche Personen den Zahntechnikern zur Behandlung zu überweisen, welche sich damit einverstanden erklären. Auch der Gebrauch von Medizinscheinen, in denen Dr. oder Zahnarzt vorgedruckt ist, wird den Krankenkassen untersagt werden.

v. Bethmann-Hollweg.

In der Reichsversicherungsordnung sind die Richtlinien obiger Verfügung in den §§ 122 und 123 gesetzlich festgelegt worden.

§ 122 lautet:

Aerztliche Behandlung.

Die ärztliche Behandlung im Sinne dieses Gesetzes wird durch approbierte Aerzte, bei Zahnkrankheiten auch durch approbierte Zahn-

ärzte geleistet. Sie umfaßt Hilfeleistungen anderer Personen wie Bader, Hebammen, Heildiener, Heilgehilfen, Krankenwärter, Masseure und dergleichen sowie Zahntechniker nur dann, wenn der Arzt (Zahnarzt) sie anordnet oder wenn in dringenden Fällen kein approbierter Arzt (Zahnarzt) zugezogen werden kann. Die oberste Verwaltungsbehörde kann bestimmen, inwieweit auch sonst Hilfspersonen innerhalb der staatlich anerkannten Befugnisse selbständige Hilfe leisten können.

Im § 123 erfolgt insofern ein Novum, als auch nichtapprobierte Personen, wie die Zahntechniker, zur Behandlung zugelassen werden können.

§ 123 lautet:

Bei Zahnkrankheiten mit Ausschluß von Mund- und Kieferkrankheiten kann die Behandlung außer durch Zahnärzte mit Zustimmung des Versicherten auch durch Zahntechniker gewährt werden. Die oberste Verwaltungsbehörde bestimmt, weil auch sonst Zahntechniker bei solchen Zahnkrankheiten selbständige Hilfe leisten können. Sie kann bestimmen, wieweit dies auch Heildiener und Heilgehilfen tun können. Sie bestimmt ferner, wer als Zahntechniker im Sinne dieses Gesetzes anzusehen ist.

Wenn der Gesetzgeber in der Reichsversicherungsordnung die Zahntechniker zur Behandlung zugelassen hat, so haben ihn zwei Ursachen hierzu veranlaßt.

Die Zahl der in Deutschland 1911 vorhandenen Zahnärzte in Höhe von 4000 war zu gering, um die zahnärztlichen Bedürfnisse der Krankenkassen befriedigen zu können. Ferner war das flache Land geradezu von Zahnärzten entblößt. Man wollte die Kassen nicht zwingen, ihren Mitgliedern dort Zahnärzte zur Verfügung zu stellen, wo keine ansässig waren. Sollte der Versicherte erst eine Reise unternehmen, um die notwendige Behandlung am Wohnorte eines Zahnarztes vornehmen zu lassen, so hätte man die Kassen hierdurch übermäßig belastet. Immerhin hat es der Verfasser dieser Zeilen, als Referent für diese Fragen im Wohlfahrtsministerium, als eine Aufgabe betrachtet, im Einverständnis mit den Vertretern der Organisationen der Zahnärzte und Zahntechniker eine Neuregelung bei der Umarbeitung der RVO., wie folgt, vorzuschlagen.

Nach gemeinsamer Uebereinkunft soll später der § 123 lauten:

Bei Zahnkrankheiten mit Ausschluß von Mund- und Kieferkrankheiten, wird die Behandlung außer durch Zahnärzte auch durch solche Zahntechniker geleistet, welche vor dem Inkrafttreten dieser Gesetzesbestimmung schon in den Zahntechnikerberuf eingetreten waren und sich einer Zulassungsprüfung unterzogen haben. Die Regelung dieser Prüfung ist der obersten Verwaltungsbehörde überlassen. Die oberste Verwaltungsbehörde bestimmt, wie weit auch sonst Zahntechniker bei solchen Zahnkrankheiten selbständige Hilfe leisten können.

Hierdurch wird festgelegt, daß diejenigen Zahntechniker, welche sich der Zulassungsprüfung unterzogen

haben, bei der Kassenbehandlung als ein neben den Zahnärzten vollberechtigter Faktor anzusehen sind.

Es ergibt sich ferner die Tatsache, daß in Zukunft nur solche Heilpersonen bei den Krankenkassen tätig sind, die auch eine gewisse Befähigung haben.

Für die Allgemeinheit liegt in dieser Fassung die Gewähr, daß für das Versicherungswesen künftig niemand mehr in Frage kommt, der nach Inkrafttreten der neuen Reichsversicherungsordnung den Zahntechnikerberuf ergreift. So werden die Zahntechniker in der Versicherungsgesetzgebung allmählich aussterben.

Organisatorisches.

Trotzdem viele Jahre ins Land gegangen sind, seitdem die Versicherten Anspruch auf zahnärztliche Hilfe haben, gab es zwischen Krankenkassen und Zahnärzten keine Verträge. Der Zahnarzt bewarb sich bei der Krankenkasse um Zulassung zur Kassenbehandlung. War die Kasse bereit, dem Zahnarzt die Kassentätigkeit zu übertragen, so erhielt derselbe eine dahingehende Mitteilung und eine Dienstanweisung. In dieser wurde ausgeführt, welche Leistungen die Kasse gewährte und wie dieselben honoriert werden.

Jederzeit konnte die Kasse auf die Tätigkeit des Zahnarztes verzichten. Die wirtschaftliche Existenz des Zahnarztes — der Arzt befand sich in derselben Lage — konnte durch einen festen Willensakt der Kasse sehr leicht gefährdet werden. Hieraus entstand das Bestreben der Zahnärzte, wie auch der übrigen Aerzte, ihr Verhältnis zur Krankenkasse durch Vertrag geregelt zu sehen.

§ 368 der RVO. ordnete auch diese Verhältnisse. Er lautet:

Die Beziehungen zwischen Krankenkassen und Aerzten (Zahnärzten) werden durch schriftlichen Vertrag geregelt. Die Bezahlung anderer Aerzte kann die Kasse, von dringenden Fällen abgesehen, ablehnen.

Leistungen.

In der vertraglosen Zeit, bis zum Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung, hatten die Mitteilungen der Kassen an die Zahnärzte gewöhnlich folgenden Wortlaut:

Herrn Zahnarzt M.

in Berlin SW.

Betrifft Zulassung.

Sie werden hierdurch in Kenntnis gesetzt, daß in der kürzlich stattgefundenen Vorstandssitzung der Krankenkasse Ihre Aufnahme für das Jahr .... in das Aerzteverzeichnis beschlossen wurde. Die Behandlung erfolgt zu den Ihnen bekannten Preisen und Bedingungen.

I. A.: Der Vorsitzende der Kasse.

Zuwiderhandlungen gegen die Bestimmungen ziehen die sofortige Aufhebung der Zulassung nach sich.

Die Krankenkasse hat es selbst in der Hand, durch einen guten Vertrag, sich entsprechende zahnärztliche Versorgung zu verschaffen.

Unzureichende Leistungen.

Wenn aber eine Kasse geringes Honorar zahlt, und die Anzahl der Füllungen sich beschränkt, so sind die Leistungen als unzureichend anzusehen.

In solchen Verträgen hat der Versicherte auch heute noch kein Recht auf Betäubung bei schmerzhaften Eingriffen. Auf Grund der geringen Bezahlung werden die billigsten Materialien für das Füllen der Zähne verwendet. In solchem Vertrage merkt man auch nichts von den Leistungen der modernen Zahnheilkunde, die dem Versicherten versagt bleiben.

Für eben so unzureichend halte ich auch einen Vertrag, der das Bonsystem einführt. Bei diesem System erhält der Zahnarzt auf jeden Krankenschein, den er für das verflossene Vierteljahr einreicht, eine bestimmte Summe. Läßt sich der Patient einen Zahn extrahieren, so erhält der Zahnarzt denselben Betrag, als ob er dem Versicherten vier Zähne und zwei Füllungen gemacht hätte. Die Folge ist, daß im allgemeinen prophylaktisch für den Patienten gar nichts geschieht. Die Behandlung setzt im allgemeinen erst ein, wenn der Patient, von Schmerzen getrieben, in die Praxis kommt. Dann ist aber der kranke Zahn meistens der Zange verfallen. Unser Bestreben aber muß dahin gehen, dem Versicherten das Gebiß zu erhalten.

Ausreichende Leistungen.

Ein Vertrag zwischen Krankenkasse und Zahnarzt weist für den Versicherten ausreichende Leistungen auf, wenn er ihm folgendes gewährt:

1. Alle Extraktionen sind unter Anwendung von Betäubungsmitteln auszuführen.
2. Das Füllungsmaterial muß für die Krankenkasse alle Materialien aufweisen mit Ausnahme von Gold, weil es den Kassenmitteln nicht entsprechen würde.
3. Mundchirurgie, wie Wurzelspitzenresektion, Zystenoperation, Ausmeißelung von Zähnen in örtlicher Betäubung, Leitungsanästhesie oder in voller Narkose.
4. Röntgenaufnahmen.

Ein solcher Vertrag kann als ausreichend angesehen werden. Denn die eben genannten, von den zur Behand-

lung zugelassenen Zahnärzten verlangten Leistungen zeigen das Bestreben der Kasse, den Mitgliedern die Fortschritte der Zahnheilkunde zugänglich zu machen. Wir sehen hier vor allen Dingen die Einführung der Betäubung bei allen schmerzhaften Eingriffen. Im Interesse der Versicherten muß die schmerzlose Behandlung als Selbstverständlichkeit bei der Zahnbehandlung angesehen werden. Die zahnärztliche Chirurgie muß überall in den Dienst der Versicherten gestellt werden.

Im Gegensatz zu früheren gerichtlichen und behördlichen Entscheidungen unter der Herrschaft des Krankenversicherungsgesetzes ist die Qualität des Füllungsmaterials nicht zu begrenzen. Auch wird hier die Röntgentechnik zum ersten Male in den Dienst der zahnärztlichen Kassenpraxis gestellt. Dieser Vertrag wäre mustergültig, wenn er keine wirtschaftlichen Hemmungen hätte. Krankenkassen haben Verträge mit diesen Leistungen bisher als Pauschalverträge abgeschlossen. Unter einem Pauschalvertrag versteht man eine Vereinbarung, nach der die Kasse gegen Zahlung eines festen Betrages pro Kopf und Jahr für jedes Mitglied die vorgeschriebene zahnärztliche Versorgung ihrer Mitglieder verlangt.

Mustergültige Leistungen.

Mustergültige Leistungen hätte eine Kasse aufzuweisen, wenn die Behandlung ihrer Mitglieder so vor sich gehen könnte, wie es in der guten Privatpraxis üblich ist. Dies ist aber unmöglich, da keine Kasse für diesen Zweck unbegrenzte Mittel hat. Deshalb können Aufwendungen einer Kasse für spezielle Fälle mustergültig sein, aber eine restlose hervorragende Behandlung durch einen Arzt oder Zahnarzt kann sich im allgemeinen nur ein reicher Mann leisten.

Zahnärztliche Versorgung.

Die zahnärztliche Versorgung der Kassenmitglieder hat in der Hauptsache vier Formen gefunden, die sich im Laufe von Jahrzehnten herausgebildet haben.

Freie Form.

Unter freier Form zahnärztlicher Versorgung würden wir die unbeschränkte Tätigkeit eines Zahnarztes an Kassenpatienten verstehen, wobei dem Zahnarzt die Mindestsätze der Gebührenordnung zugebilligt würden. Diese Vertragsform ist wegen der wirtschaftlichen Belastung der Kasse so selten, daß ich mich hiermit nicht weiter zu beschäftigen brauche.

Beschränkte freie Form.

Die große Masse der Krankenkassen hat die beschränkte freie Form eingeführt. Bei diesem System läßt die Kasse nach Bedürfnis eine Anzahl von Zahnärzten und Zahntechnikern zur Behandlung zu. Die Kasse bestimmt häufig die Anzahl der Füllungen, die dem Patienten in einem Jahresabschnitt gelegt werden dürfen. Die Kasse zahlt für diese Leistungen nur einen Prozentsatz der Mindestsätze der preußischen usw. Gebührenordnung.

Die Ortskrankenkasse für gewerbliche Arbeiter und Arbeiterinnen, die später in die Ortskrankenkasse für Handelsangestellte, Kaufleute und Apotheker umgewandelt wurde, leistete ihren Versicherten in den Jahren 1900—1912 folgendes:

Mitgliederzahl.		Arzthonorar.	Zahnarzthonorar 1900—1902 incl. Wundhilfe.	Zahnärztliche Ausgaben pro Kopf u. Jahr.
1900	51 519	173 583,— Mk.	21 897,— Mk.	
1901	60 697	185 141,23 Mk.	25 504,— Mk.	
1902	66 606	258 038,77 Mk.	33 396,— Mk.	
1903	73 656	258 316,76 Mk.	33 997,80 Mk.	0,46 Mk.
1904	83 120	303 146,46 Mk.	42 046,10 Mk.	
1905	89 508	332 414,01 Mk.	49 315,71 Mk.	0,53 Mk.
1906	97 627	363 340,82 Mk.	56 335,45 Mk.	0,56 Mk.
1907	102 561	377 640,15 Mk.	71 342,65 Mk.	0,68 Mk.
1908	107 325	400 672,22 Mk.	79 100,48 Mk.	0,73 Mk.
1909	112 210	478 241,95 Mk.	94 272,76 Mk.	0,83 Mk.
1910	118 542	510 219,48 Mk.	107 211,52 Mk.	0,89 Mk.
1911	124 670	544 347,03 Mk.	120 764,14 Mk.	0,95 Mk.
1912	131 343	571 878,40 Mk.	133 912,10 Mk.	1,01 Mk.

Man sieht aus dieser Statistik die (mit tödlicher Sicherheit) jährlich steigenden Ausgaben auf den Kopf des Patienten für zahnärztliche Zwecke. Vom Jahre 1903 bis zum Jahre 1912 hat sich diese Ausgabe um 119% erhöht. Hierzu kommt die Erkenntnis, daß mit allen diesen Anwendungen keine Bekämpfung der Karies erreicht wird.

Ferner häufen sich die Beschwerden der Mitglieder der Kasse, daß sie von den Zahnärzten dauernd zu Zuzahlungen veranlaßt werden. Vom Jahre 1905 an war gerade die Technik der örtlichen Betäubung bei Extraktionen in Aufnahme gekommen. Das Kassenpublikum wollte natürlich auch dieses Segens teilhaftig werden. Doch die Kassen weigerten sich, den Zahnärzten diese Leistung besonders zu honorieren. Im Jahresbericht von 1912 der Ortskrankenkasse für Handelsangestellte, Kaufleute und Apotheker erschien folgende Notiz:

„Trotz der von Jahr zu Jahr steigenden Ausgaben werden aus den Reihen der Mitglieder häufig Klagen über die zahnärztliche Versorgung laut, die den Kassenvorstand zwingen, in Erwägung zu ziehen, ob und auf welche Weise Gewähr dafür geschaffen wird, daß unsere Mitglieder tadellos behandelt werden und vor Nachzahlungen aus eigener Tasche bewahrt bleiben."

Die Kasse stellte zwei Forderungen an die Zahnärzte für die Mitglieder.

1. Bessere zahnärztliche Versorgung.
2. Verzicht auf jedes Extrahonorar durch den Kassenpatienten.

Eine Gruppe der für diese Kasse tätigen Zahnärzte schlug darauf dem Kassenvorstande einen Pauschalvertrag vor, also einen Vertrag in gebundener Form. Eine Schilderung dieser Vertragsform ist oben unter „ausreichende Leistungen" mitgeteilt.

Ein solcher Vertrag hatte innerhalb der Zahnärzteschaft die schwersten Bedenken hervorgerufen. Trotzdem die Aerzteschaft Berlins schon seit langen Jahren einen solchen Abschluß mit Bezahlung pro Kopf und Jahr hatte, erschien vielen Zahnärzten eine Pauschale wirtschaftlich ein Sprung ins Dunkle. Der Vertrag mit der durch Zusammenschluß von 40 Ortskrankenkassen zur „Allgemeinen Ortskrankenkasse der Stadt Berlin" entstandenen größten Kasse Deutschlands verdient deshalb besondere Beachtung. Dieser Pauschalvertrag hat viele Nachahmer gefunden, weil die Kassen die dauernd wachsenden Lasten für die zahnärztliche Versorgung durch feste Vereinbarung einer Pauschale überwinden wollen.

Sehen wir uns jetzt das Ergebnis der zahnärztlichen Tätigkeit an, wie das durch den Pauschalvertrag bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse der Stadt Berlin in Erscheinung tritt.

Mitgliederzahl.	Arzthonorar.	Zahnarzthonorar.	Zahnärztliche Ausgaben pro Kopf u. Jahr.
1914 433 666	2 420 876,53 Mk.	448 061,— Mk.	1,— Mk.
1915 414 266	2 219 045,53 Mk.	423 004,56 Mk.	1,— Mk.
1916 400 015	2 177 011,52 Mk.	425 125,79 Mk.	1,15 Mk.
1917 393 501	2 138 013,81 Mk.	478 089,51 Mk.	1,15 Mk.
1918 395 548	2 588 169,65 Mk.	475 196,98 Mk.	1,22 Mk.

Wenn im Jahre 1912 pro Kopf und Jahr 1,01 Mark als Ausgabe für die zahnärztliche Versorgung und in den Jahren 1914 und 1915 nur 1,— Mark als Durchschnitt erscheinen, so könnte dies zu dem Schlusse führen, daß der Pauschalvertrag die Einnahme der Zahnärzte verringert hat. Dies ist jedoch nicht der Fall. Der Betrag von 1,01 Mark als Jahresdurchschnitt erscheint bei der Kauf-

leutekasse, die für zahnärztliche Zwecke die höchsten Ausgaben unter den Berliner Krankenkassen aufzuweisen hatte. Unter den 40 Kassen, die sich zusammenschlossen, waren solche, die nur 0,25 Mark pro Kopf und Jahr für diese Zwecke verausgabt hatten. Der Durchschnitt aller zur Allgemeinen Ortskrankenkasse der Stadt Berlin zusammengeschlossenen Kassen ergab 0,67 Mark als jährliche Ausgabe für zahnärztliche Zwecke pro Kopf der über 500 000 Menschen betragenden Mitgliederzahl.

Die neue Kasse gewährte für örtliche Betäubung, bessere Füllungsmaterialien, Mundchirurgie und Röntgenaufnahmen einen Zuschlag von 33 %. So kam die Summe von 1,— Mark pro Kopf und Jahr im Pauschalvertrag zustande. Tatsächlich war das Honorar, das der Zahnarzt für die Einzelleistung bekam, nie geringer als das, welches er früher von der Kasse unter dem System der Bezahlung der Einzelleistung erhalten hatte.

Wir können aber die Wirkung des Pauschalvertrages besser beurteilen, wenn wir uns folgende Statistik ansehen, die Leistungen in den Jahren 1918 und 1919 zeigt.

	1918	1919
Mitgliederzahl	433 666	499 814
Konsultationen	23 326	30 751
Extraktionen mit Betäubung	65 960	77 706
Extraktionen ohne Betäubung	5 390	5 376
Füllungen ohne Wurzelbehandlung	86 295	35 129
Füllungen mit Wurzelbehandlung	24 974	108 566
Zahnreinigung	1 142	1 164
Narkosen	12	10
Zahnärztliche Chirurgie, Kieferoperationen	80	118
Röntgenaufnahmen	19	69
Behandlungen	207 198	258 890

Vergleichen wir das Ergebnis der Behandlung aus den Jahren 1918 und 1919, so sehen wir nur kleine Abweichungen in beiden Jahren. In der Hauptsache besteht ein festes Verhältnis zwischen der Mitgliederzahl und dem Bedürfnis nach zahnärztlicher Behandlung, so daß mit diesen Unterlagen für das Pauschalsystem bestimmte Honorarforderungen gestellt werden können Da das Pauschalsystem im Interesse des Versicherten zu verbinden ist, so kann man aussprechen, daß nach der Statistik immer zwei Leistungen für den Jahresbeitrag eines Mitgliedes zu leisten sind. Um dies genauer zu erklären, da es der Schlüssel für die Pauschalberechnung ist, so will ich folgendes ausführen:

Die Zahnärzte und Zahntechniker, die für die Kasse tätig sind, bekommen zur Zeit pro Kopf und Jahr von der Kasse 3,— Mark. Bei einer Mitgliederzahl von 500 000

werden pro Jahr 1 500 000 Mark und vierteljährlich 375 000 Mark für zahnärztliche Zwecke verausgabt. Die Leistungen der Zahnärzte und Zahntechniker sind nach Punkten berechnet. So erhält der Zahnarzt

für 1 Extraktion 3 Punkte
für 1 Füllung 4 Punkte usw.

Am Ende des Vierteljahrs reichen die Zahnärzte und Techniker ihre Liquidation unter genauer Angabe der Punktwerte ein. Der Betrag des Kassenhonorars, durch die Summe der Punktwerte geteilt, ergibt für das betreffende Quartal den Geldwert der einzelnen Leistung. Als Punktwert oder Geldwert für die niedrigste Leistung kann die Hälfte des Betrages angesehen werden, den die Kassen bei diesem System pro Kopf und Jahr zahlen.

Unter der Wirkung des Pauschalvertrages haben sich nach der Statistik von 1918 und 1919 folgende Verhältnisse ergeben:

	1918	1919	
Zahnärztl. Behandlung aller Kassenmitglieder	55,00%	53,00%	
Zahnextraktionen aller Kassenmitglieder	16,6 %	16,4 %	
Zahnextraktion mit Betäubung	91,5 %	93,1 %	
Zahnextraktion ohne Betäubung	8,5 %	6,9 %	
Füllung ohne Wurzelbehandlung	77,53%	75,55%	
Füllung mit Wurzelbehandlung	22,47%	24,45%	
Anzahl der gelegten Füllungen der Mitgliederzahl	41,00%	39,00%	
Prozentuales Verhältnis der gelegten Füllungen zu den ausgeführten Extraktionen	61,00%	58,00%	Füllg.
	39,00%	42,00%	Extr.

Das Lesen in den obigen Zahlen ergibt ein fast übereinstimmendes Bild für die zahnärztlichen Leistungen.

Mehr wie die Hälfte aller Mitglieder der Kasse haben zahnärztliche Behandlung in Anspruch nehmen können, wenn sich jeder Versicherte mit einer Leistung begnügte. Die Zahl „der Fälle“ — aller Patienten, die sich einer Behandlung unterzogen haben — beträgt 22 % aller Versicherten. Fast übereinstimmend zeigen beide Jahresziffern, daß auf jedes sechste Mitglied der Krankenkasse eine Extraktion kommt. Hierbei ist der Siegeszug der lokalen und Leitungsanästhesie festzustellen. Im Jahre 1918 sind 91,5 % und im Jahre 1919 sogar 93,1 % aller Extraktionen mit Betäubung ausgeführt worden. Ausreichend wäre hier erst eine Ziffer von 98 % von lokaler Betäubung beim Zahnziehen. Da bei der Krankenkasse eine große Anzahl von Zahntechnikern tätig ist, die die Leitungsanästhesie nicht beherrschen, ist mit einem wesentlichen Ansteigen des Prozentsatzes der lokalen Betäubung im Interesse der Versicherten leider nicht zu

rechnen. Erfreulich ist auch das völlige Verschwinden der Vollnarkose. Es besteht doch für den Versicherten bei jeder Narkose eine, wenn auch geringe, Lebensgefahr, die für eine oder mehrere Zahnextraktionen nicht in Kauf zu nehmen ist. Noch vor 15 Jahren spielte die Chloroformnarkose in der zahnärztlichen Praxis eine große Rolle.

Groß ist auch das Bedürfnis nach der konservierenden Zahnheilkunde. Ungefähr auf jedes dritte Mitglied der Kasse kommt eine Füllung. Bezeichnend ist auch, daß 75 % aller Patienten mit Zahnfüllungen rechtzeitig zur Behandlung gegangen sind. So brauchten sie sich nicht der schmerzhaften Nervbehandlung zu unterziehen.

Uebersieht man die Anzahl der gelegten Füllungen zur Anzahl der ausgeführten Extraktionen, so haben sich durchschnittlich von 100 behandelten Patienten 60 eine Füllung legen und 40 einen Zahn ziehen lassen. Das Interesse der Volksgesundheit verlangt, daß in Zukunft die Anzahl der Extraktionen herabsinkt zu Gunsten der konservierenden Zahnheilkunde. Die Prophylaxe muß so stark werden, daß die Mehrheit der Menschen ein gesundes Gebiß mit ins Grab nimmt.

Eigene Regie.

Aber auch dieses System erschien leitenden Männern von Krankenkassen im Interesse ihrer Versicherten nicht leistungsfähig genug. Deshalb nahmen einzelne Kassen die zahnärztliche Versorgung in eigene Regie und gründeten Zahnkliniken. Im allgemeinen besteht aber hier das gemischte System. Neben den Zahnärzten in der freien Praxis ist noch eine eigene Zahnklinik eröffnet worden. Als maßgebend und vorbildlich gelten die Verhältnisse der Dresdener Ortkrankenkasse. Diese Kasse hat das Bezirkszahnarztsystem eingeführt. Der Patient hat das Recht, den Zahnarzt seines Wohn- oder Arbeitsbezirkes aufzusuchen. Seit April 1914 hat die Dresdener Ortskrankenkasse eine eigene Zahnklinik errichtet. Der Klinik ist der innere Stadtbezirk als Tätigkeitsfeld zugewiesen. Außerdem müssen ihr alle Kassenmitglieder, die Zahnersatz beanspruchen, überwiesen werden. Im übrigen hat jedes Mitglied der Kasse das Recht, sich zahnärztlich in der Klinik behandeln zu lassen.

Die Kasse hatte 1919 durchschnittlich 158 000 Mitglieder. Es sind für zahnärztliche Behandlung ausgestellt worden:

25 560 für Bezirkszahnärzte
10 296 für die Klinik
Fälle 35 856

Auch hier kommen wir fast zu derselben Ziffer „der Fälle“ wie bei der „Allgemeinen Ortskrankenkasse Berlin“. Es haben sich 28,69 % aller Mitglieder zahnärztlich behandeln lassen. An die Bezirkszahnärzte ist die Summe von 152 542,— Mark ausgezahlt worden, für die zahnärztliche Klinik 190 554,— Mark.

Ein Vergleich zwischen den Leistungen der Bezirkszahnärzte und der Klinik ist nicht zu ziehen, da der Klinik teilweise andere Aufgaben gestellt sind, als den Zahnärzten in der freien Praxis. Die Klinik hat den Zahnersatz herzustellen und die Mundhöhle dazu vorzubereiten. Die Dresdener Klinik hat die Aufgabe, ohne Rücksicht auf Arbeitszeit und Material kauwillige Zähne unter allen Umständen zu erhalten. Sie hat ausgiebigen Gebrauch zu machen von der prophylaktischen Ausdehnung der Füllung bis in den kariesfreien Raum, so daß ein Drittel aller Füllungen Konturfüllungen im strengsten Sinne sind. In der Dresdener Klinik werden Wurzelbehandlungen und Wurzelfüllungen mit peinlichster Sorgfalt durchgeführt. Im zahnärztlichen Institut der Kasse werden auch viele chirurgische Eingriffe ausgeführt, für deren Erledigung die Bezirkszahnärzte keine Zeit haben und die sie der Klinik überweisen. Die Leistungen der Dresdener Klinik sind für heutige Verhältnisse mustergültig. Sie wären ideal zu nennen, wenn das Institut in der Lage wäre, die Mundhöhle aller sie aufsuchenden Versicherten zu sanieren. Aus wirtschaftlichen Gründen kann das nicht geschehen. Es wird von der Klinikleitung eine kleine Auslese für die Sanierung der Mundhöhle getroffen. Saniert wird nur das Kassenmitglied, dessen Zahnmaterial geeignet erscheint und dessen bisherige Mundpflege dafür bürgt, daß die Ausgabe der Kasse auch rationell angelegt ist.

Die Art der Auslese hat in der Arbeiterschaft Dresdens Widerspruch gefunden.

Eine zahnärztliche Klinik mit soliden Leistungen konnte nur ein ganz großzügiger Mann ins Leben rufen. In einer Besprechung sagte der Vorsitzende der Dresdener Ortskrankenkasse über die Aufgabe der Zahnklinik:

> Der Vorstand der Dresdener Kasse habe sich auf den Standpunkt gestellt, daß die Zahnklinik nicht geschaffen wurde, um Kosten zu sparen, sondern um eine bessere Behandlung der Mitglieder zu erreichen. Die Errichtung einer eigenen Klinik ist erfolgt, um die Tätigkeit der Aerzte auf eine höhere Warte zu stellen. Nicht darauf komme es an, ob es mehr oder weniger koste.

Damit ist allen Kliniken, die aus Gründen der Ersparnis gegründet worden sind, das Urteil gesprochen.

Es hätte keinen Zweck, die Leistungen der Klinik hier genau festzustellen. Die Kliniken bestehen erst kurze Zeit. Die meisten sind in den letzten Jahren vor dem Kriege gegründet worden. Die Kriegszeit selbst darf aber kein Maßstab für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit der Zahnkliniken sein, weil hier außerordentliche Schwierigkeiten bei der Herbeischaffung des notwendigen Personals wie auch des Materials auftraten.

Ausblick in zukünftige Entwicklung.

Die Krankenkassen haben im Interesse der Volksgesundheit und im Interesse ihrer Finanzwirtschaft allen Grund, die Karies als Volkskrankheit zu beseitigen. Unkenntnis der Versicherten über die Folgen einer vernachlässigten Mundhöhle und wirtschaftliche Unmöglichkeit für die Kassen, die Mundhöhle der Versicherten schnell in einen gesunden Zustand versetzen zu lassen, bringen die Kassen in ein Dilemma. Was sollten die Kassen in dieser Lage beginnen? Sie müssen zwei Wege gehen, die im Laufe der Zeit ineinander mündeten:

A. Zunächst haben sie die gesetzliche Pflicht, die Versicherten zu befriedigen. Das Krankheitsempfinden der Kassenmitglieder muß beseitigt und gewisse ästhetische Forderungen müssen erfüllt werden. Solche Leistungen sind aber nur bei durchgeführter Zentralisation der Kassen zu erfüllen, weil sonst die mehrleistenden Kassen durch Abwanderung sanierter Mundhöhlen geschädigt werden.

B. Die große Zukunftsstraße zum hygienischen Ziel der Zahnpflege geht über die Behandlung in den Schulzahnkliniken. Eine systematische Behandlung der Schulkinder hat stattzufinden, die mit der Erziehung zur selbstauszuübenden Zahn- und Mundpflege einhergehen muß. Gelingt es uns durch die Schulzahnkliniken, die Zähne der Schuljugend so zu behandeln, daß die 14-jährigen jungen Menschen mit gesundem Gebiß in die Krankenkasse eintreten, dann hat die Kasse gewonnenes Spiel.

Daß dieses Ziel zu erreichen ist, weiß jeder Zahnarzt, der in der guten Privatpraxis Kinder vom vierten Lebensjahre an regelmäßig gesehen und behandelt hat.

Die Krankenkassen müssen energisch dahin streben, daß in allen Kommunen und Landkreisen mit der vorbeugenden Schulzahnpflege sehr bald begonnen wird. Das Problem wird für die Krankenkassen brennend mit der Einführung der Familienversicherung, mit der zu rechnen ist. Deshalb muß die vorbeugende Schulzahnpflege seitens der Kassen gefordert werden, wenn sie die jetzigen Zustände nicht verewigen wollen.

Soweit Krankenkassen mit eigenen Zahnkliniken dazu übergegangen sind, die Schulzahnpflege auf ihre Klinik zu übernehmen, halte ich diesen Weg für verfehlt.

Die Schulzahnpflege wird unterstützt durch die Autorität der Schule. Hier arbeiten Lehrer, Schularzt und Schulzahnarzt zusammen, um das Kind über die Zahnpflege aufzuklären. Die Schuljugend wird dem Schulzahnarzt zur regelmäßigen Kontrolle des Mundes zugeführt. Der Apparat der Schule ist bei Aufnahme des Kindes bereits in vielen Städten darauf eingespielt, daß sich die Eltern durch Unterschrift mit der Pflege des Mundes ihres Kindes durch den Schulzahnarzt einverstanden erklären. Auf diese Weise können in einer gut geleiteten Schulzahnklinik fast alle Kinder für die Behandlung erfaßt werden. Dies ist aber für die Krankenkassen der Kernpunkt der ganzen Schulzahnpflege.

Die Krankenkassen haben bisher über die zahnärztliche Versorgung ein großes Mißbehagen empfunden, weil trotz großer Ausgaben die Mundverhältnisse der Versicherten sich nicht gebessert haben. Deshalb das Suchen nach neuen Systemen. Heute können wir sagen, daß nur die Schulzahnpflege den Kassen helfen kann. Häufig kommen die jungen Menschen schon von der Schule mit so zerstörtem Gebiß in die Krankenkasse, daß ihnen zahnärztlich trotz aller Mühe nicht mehr zu helfen ist. Hierbei ist auch gleich, ob sie in die freie Praxis oder in eine Zahnklinik kommen. Doch eine Klinik mit Aufgaben, wie sie Dresden geschaffen hat, halte ich für einen Fortschritt für die Versicherten. Ein solches Institut wird die Durchschnittsleistung aller Zahnärzte günstig beeinflussen, weil die Leistungen der Zahnklinik und des Zahnarztes der freien Praxis die Versicherten zum Vergleich herausfordern werden.

Die bessere Leistung wird sich und soll sich im Interesse der Versicherten durchsetzen.

Literatur:

Reichsversicherungsordnung nebst Einführungsgesetz. Handausgabe mit Anmerkungen von Prof. Stier-Somlo. München. E. H. Beck. 1913.

Geschäftsbericht der Krankenkasse der Kaufleute, Handelsleute und Apotheker zu Berlin. Jahrgang 1900—1919.

Geschäftsbericht der Allgemeinen Ortskrankenkasse zu Dresden 1893 bis 1919.

Hoffmann, Wirkl. Geh. Oberregierungsrat: „Zahnkrankheiten und Krankenkassen". Zentralblatt der Reichsversicherungsordnung, 1917, Nr. 23.

Frohmann, Dr. D., Zahnarzt: Vortrag auf der Jahresversammlung des Standesvereins Berliner Zahnärzte, 1904

Cohn, Dr. Alfred, Zahnarzt: Die wirtschaftliche Bedeutung der Zahnheilkunde in der Krankenversicherung.

Ritter, Dr. Paul: Die beruflichen Mundhöhlenerkrankungen der Arbeiter. Handbuch der Arbeiterkrankheiten. Herausgegeben von Dr. Th. Weil, Charlottenburg. Jena 1907, Gustav Fischer.

— Zahn- und Mundhygiene im Dienste der öffentlichen Gesundheitspflede. Jena 1903, Gustav Fischer.

Krankenversicherungsgesetz vom 15. Juli 1883. In der Fassung der Novellen vom 10. April 1892; vom 30. Juni 1906 und vom 25. Mai 1903. Leipzig, Reclams Verlag.

Lazarus, Erich, Zahnarzt (Berlin): Zahnarzt und Krankenkassenklinik. Zahnärztliche Rundschau 1913, Nr. 32.

Kaskel-Sitzler: Grundriß des sozialen Versicherungsrechtes. Berlin 1912. Julius Springer.

Die Errichtung von Schulzahnkliniken, eine wichtige Forderung der sozialen Hygiene. Im Auftrage des Deutschen Landeskomitees für Zahnpflege in den Schulen; bearbeitet von Dr. med. Konrad Cohn, Schulzahnarzt Kientopf, Generalsekretär Dr. Erich Schmidt.

Richter, Dr., Leiter der Zahnklinik Dresden: Welchen Weg müssen die Krankenkassen zur Bekämpfung der Karies schreiten? Verlag: Dresdener Ortskrankenkasse.

Möller, Prof. Dr.: Die städtische Schulzahnklinik, ein Hilfsmittel zur Bekämpfung der Tuberkulose. Verhandlungen des 5. Internationalen zahnärztlichen Kongresses; Berlin, 23.—28. August 1909, Band 2.

Berlinische Verlagsanstalt, G. m. b. H., Berlin NW. 23.